



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

TRẺ SƠ SANH: 2 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM:	NGÀY SANH																																		
	CÁC DỊ ÚNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI																																			
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỎ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI		HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ:																																			
	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và bú giỏi. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn và nghe.		CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi có thể làm những tiếng kêu nhỏ trong miệng. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ngóc đầu dậy khi nằm sấp. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Tôi không thường có những lúc buồn chán.																																			
	WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE																																			
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Other: _____																																				
Screening: Hearing <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Vision <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Mental Health <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Physical: General appearance <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Skin <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Head/Fontanelle <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Eyes/Red Reflex <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Ears <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nose <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Oropharynx <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Neck <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nodes <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Lungs <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Cardiovascular/Pulses <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Abdomen <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Genitalia <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Spine <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Extremities/Hips <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Neurologic <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____		Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Maternal Depression <input type="checkbox"/> Other: _____																																				
		Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____ _____ _____																																				
		IMMUNIZATIONS GIVEN _____																																				
		REFERRALS _____																																				
NEXT VISIT: 4 MONTHS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME																																				
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS																																				

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Vocalizes.
- Smiles responsively.
- Follows to mid line.
- Responds to sounds.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or on even *one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TRẺ SƠ SANH: 2 THÁNG

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

TRẺ SƠ SANH: 2 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM:	NGÀY SANH	
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI		
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI		HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ:		
	CÓ KHÔNG		CÓ KHÔNG		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể làm những tiếng kêu nhỏ trong miệng.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và bú giỏi.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngóc đầu dậy khi nầm sắp.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn và nghe.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi không thường có những lúc buồn chán.		
	CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHÂN	CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHÂN	VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHÂN	Chế độ ăn uống _____	
	<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống		<input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình	Bài tiết _____	
	Khám truy tầm: Nghe		Bình thường	Không thường	
Nhìn		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Phát triển: Khoanh tròn những phần quan ngại					
Thích nghi/Nhận thức		Ngôn ngữ/Giao tiếp			
Vận Động Thường		Giao tế/Xúc cảm			
Vận Động Khéo Léo					
Tính hạch		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tình Trạng Tâm Thần					
Thể chất:		Bình thường	Không thường		
Nhìn Chung		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Da		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Đầu/Thóp		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mắt/Khám Phản Xạ Mắt với					
Màu Đỏ		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tai		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mũi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Họng		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cổ		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Hạch		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mô tả các khám phá bất thường và ghi chú:					
ĐÃ CHỦNG NGỪA					
GIỚI THIỆU					
LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 4 THÁNG		TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE			
CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE		ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE			

Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 2 Tháng

Các Điểm Mốc

Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 2 đến 4 tháng.

Ngóc đầu và vai khi đang nằm sấp.

Cười khi quý vị nói với em.

Lập lại những tiếng mà quý vị nói với em như ("aaaaa," "eeeeee")

Thích những đồ chơi tạo nên âm thanh, như tiếng lú lắc hoặc tiếng cút kít.

Tự nắm tay hoặc chân của em.

Cố gắng cầm những đồ chơi nhỏ trong tay.

Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Sức khỏe và phát triển, chích ngừa cho trẻ em:

Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY).

Nuôi con bằng sữa mẹ khi đi làm lại: Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies (số điện thoại có ghi ở trên)

Muốn được giúp vì quý vị cảm thấy bối rối với em bé của quý vị: Đường Dây Giúp Về Gia Đình, 1-800-932-4673.

Nếu quý vị có những thắc mắc về sức khỏe của em bé quý vị: Hãy trình bày với bác sĩ hoặc y tá của em bé quý vị.

Khả Năng hoặc Hỗ Trợ về Nuôi Con: Đường Dây Giúp về Gia Đình, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 Các Lớp Học Ở Trường Cao Đẳng Cộng Đồng Địa Phương

Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

"Khám trẻ khỏe mạnh" là để giúp cho em bé của quý vị được mạnh khỏe. Cố gắng đừng bỏ những lần khám này. Nếu quý vị không đến được, hãy gọi để làm hẹn khác.

Giữ thẻ chích ngừa của em bé nơi an toàn và mang theo trong những lần đi khám. Nếu quý vị có thắc mắc về việc chủng ngừa, hãy trình bày với bác sĩ hoặc y tá của em.

Sữa mẹ hoặc sữa bình đều cần thiết cho các em để tăng trưởng trong lứa tuổi này. Trẻ sơ không cần nhiều nước uống. Tránh không nên cho em bé của quý vị uống nước trái cây ở lứa tuổi này. Khi em đói hoặc khát nước, em cần chất dinh dưỡng trong sữa mẹ hoặc sữa bình.

Quý vị vẫn có thể tiếp tục cho con bú sữa mẹ khi quý vị đi làm lại. Để biết thêm chi tiết về cho con bú sữa mẹ trong lúc đi làm, gọi cho Healthy Mothers, Healthy Babies.

Đôi khi em bé của quý vị cần phải ăn nhiều hơn bình thường. Có nghĩa là em đang lớn nhanh hơn.

Đừng để em bé gần những người hút thuốc. Khói thuốc có thể làm cho em bị cảm lạnh và bị suyễn.

Tiếp tục để em nằm ngửa khi ngủ để tránh Tình Trạng Trẻ Sơ Sinh Chết Bất Thình Lình. Phải chắc chắn rằng ông bà nội/ngoại và những người chăm sóc khác cho em nằm ngửa khi ngủ.

Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Khi quý vị gần với em bé của quý vị, hãy nói với em, hát cho em nghe, và nhìn vào mắt em. Điều này làm cho em biết rằng quý vị thương mến em. Đây cũng là điều để giúp cho trí óc của em tăng trưởng.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Ngừa bị phỏng:

- Kiểm soát để chắc chắn rằng nước tắm vừa đủ ấm trước khi tắm cho con em của quý vị.
- Đừng nên uống cà phê nóng, trà, hoặc những loại nước uống khác khi bồng ấm em.
- Đừng để em ra ngoài nắng. Đội mũ có vành che và mặc áo dài tay và quần dài cho em.